

認知症介護実践研修（実践者研修）事前課題 様式2 提出締切日：令和元年10月3日（木）
受講番号：OC- 事業所名： 氏名：

事業所名：

氏名:

* 課題①は600字以上で記入ください。* この用紙におさまる範囲でお願いします。
* 事前課題は、研修当日に必ず持参してください。

日に必ず持参してください。

[illegible]

20 x 20

認知症介護実践研修（実践者研修）事前課題 様式2

課題①認知症介護についてご自身が体験したエピソードを書いてください。

課題② この研修でどんなことを学びたいですか。また認知症介護に関して現場で困っていること、または改善に取り組みたいと思っていることを書いてください。

改善に取り組みたいと思っています。をお願いいたします。

[illegible]

20 x 20